# A screenshot of a cell phone Description automatically generated Formulario de Nuevo Paciente

# **Información Personal**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre: | Apellido | Nombre | | | Inicial Segundo | | Sexo |
| Fecha de Nacimiento (MM/DD/YY):  / / | | Últimos cuatro números de la seguridad social: \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | | | | | |
| Dirección: | Calle | | Apt/Unidad # | Ciudad | Estado | Código postal | |
| Número de teléfono: | Preferido | Secundario | | Correo electrónico: | | | |
| Contacto de Emergencia: | Nombre | Relación | | Número de teléfono | | | |

Farmacia preferida: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección o intersección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gender identity/preferred pronouns:

* Macho, él
* Hembra, ella
* No binario o otro

Pronombres: \_\_\_\_\_\_\_\_

* Prefiero no responder

Raza:

* Indio Americano /Nativo de Alaska
* Negro o afroamericano
* Caucásico
* Isleño del pacífico
* Asiático
* Pascua media / africano del norte
* Multirracial
* Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Prefiero no responder

Etnia:

* Hispano / latino
* No hispano / latino
* Prefiero no responder

Idioma Primaria:

* Inglés
* Español
* Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuál es tu situacion laboral?

* Tiempo completo
* Tiempo partial
* Jubilado
* Descapacidad
* Desempleado
* Alumno
* Other

Si está incapacitado, ¿se debe a la condición por la que busca atención hoy? Sí No N/A

¿Cual es tu nivel más alto de educación?

* Escuela primaria
* Secundaria
* Colega
* Escuelo de posgrado
* No educación formal
* Prefiero no responder

# **Historial Médico**

Proveedor de primario:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección /Sistema médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cuéntenos brevemente por qué acude hoy a un reumatólogo:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Qué es lo más limitante de sus síntomas actuales?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Enumere cualquier alergia, incluida la reacción que tenga:

|  |  |
| --- | --- |
| Alérgeno | Reacción |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Indique sus medicamentos y suplementos, incluido el nombre, la dosis y la frecuencia. Si ha traído todos sus medicamentos con usted o tiene una lista escrita de los nombres, la dosis y la frecuencia, puede omitir este paso.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Medicamento | Dosis | Frecuencia |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

¿Fumas cigarrillos?

* Sí : \_\_\_\_\_ paquetes/día
* No
* Previo: año abadono\_\_\_\_\_

¿Aproximadamente cuantas bebidas alcohólicas tomas en una semana?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Enumere cualquier otra sustancia ilícita que utilice y con qué frecuencia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuántos días haces ejercicio en una semana típica?

* 0
* 1-3
* 4-6
* 7

¿Cuántas horas duermes cada noche?

* 4 or less
* 5-8
* Más que 8

Elige cualquiera de los siguiente síntomas que haya tenido en los últimos 6 meses:

* Aumento o pérdida de peso involuntario de más de 10 libras
* Fiebres recurrentes
* Fatiga
* Sudores nocturnos
* Dolores de cabeza
* Mareo
* Niebla del cerebro
* Desmayo
* Entumecimiento o hormigueo
* Debilidad
* Cambio en la visión
* Pérdida de la audición
* Ojos secos/boca seca
* Cambios de color en los dedos
* Congestión o dolor nasal o sinusal
* Llagas en la boca o la nariz
* Glándulas inflamadas
* Depresión/ansiedad
* Alucinaciones
* Pensamientos suicidas
* Dolor del pecho
* Latidos cardíacos irregulares o saltados
* Falta de aire
* Tos persistente
* Hinchazón en piernas o pies
* Náuseas/vómitos
* Dolor abdominal
* Heces negras or con sangre
* Acidez
* Diarrea persistente
* Úlceras en la ingle
* Ronchas/erupciones
* Tirantez de la piel
* Perdid de cabello
* Rigidez en las articulaciones
* Dolor en las articulacionoes
* Hinchazón en las articulaciones

¿Alguna vez le han diagnosticado alguna de las siguientes afecciones reumatológicas?

* Espondiloartritis anquilosante
* Artritis infantil/JIA
* Artritis psoriásica
* Artritis reumatoide
* Lupus (SLE)
* Gota
* Esclerodermia
* Vasculitis
* Miositis
* Polimialgia reumática
* Osteoartritis
* Fiebre reumática
* Artritis reactiva
* Ninguno de esos
* Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Elige cualquier otro problema médico que le hayan diagnosticado; si tiene un diagnóstico médico no incluido en la lista para el cual toma medicamentos o sigue con un proveedor médico, escríbalo en la opción "otro":

* Alcoholismo
* Anemia
* Ansiedad/depresión
* Asma
* Coagulos de sangre
* Cáncer (incluyendo leucemia y linfoma)
* Cirrosis (hígado)
* Arteriopatía coronaria
* Enfermedad de Crohn
* Diabetes
* Epilepsia
* Dolores de cabeza (graves y frecuentes)
* Infarto de miocardio
* Insuficiencia cardiaca
* Hepatitis
* Colesterol Alta
* Presión alta
* VIH (HIV)
* Enfermedad del riñón
* Enfermedad del hígado
* Transplant del organo
* Osteoporosis
* Psoriasis
* Úlceras estomacales
* Embolia del cerebro
* Trastorno por uso de sustancias
* Trastorno de tiroides
* Tuberculosis
* Colitis ulcerosa
* Ninguna otra condición médica
* Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Alguien en su familia (pariente consanguíneo) ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones?

* Espondiloartritis anquilosante
* Artritis infantil/JIA
* Artritis psoriásica o psoriasis
* Artritis reumatoide
* Lupus (SLE)
* Gota
* Osteoartritis
* Ninguno de esos
* Cáncer
* Enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa
* Ataque cardíaco o derrame cerebral antes de los 50 años
* Osteoporosis
* Trastorno de tiroide

Elija cualquiera de los siguientes medicamentos reumatológicos que haya probado en el pasado. Si nunca has estado en ninguno, selecciona “ninguno de estos”

* Esteroides (ie: prednisone)
* Hydroxychloro-quine
* Methotrexate
* Leflunomide (Arava)
* Sulfasalazine
* Mycophenolate
* Azathioprine (Imuran)
* Cytoxan
* Otezla
* Humira o biosimilar de adalimumab
* Enbrel
* Cimzia
* Simponi/Aria
* Remicade o biosimilar de infliximab
* Stelara
* Orencia
* Benlysta
* Saphnelo
* Lupkynis
* Taltz
* Cosentyx
* Skyrizi
* Tremfya
* Actemra
* Kevzara
* Rinvoq
* Xeljanz
* Olumiant
* Rituximab
* Allopurinol
* Uloric (febuxostat)
* Probenecid
* Krystexxa
* Colchicine
* Ninguno de esos

Si seleccionó alguno de los medicamentos anteriores, ¿cuándo aproximadamente los tomó? ¿Fueron efectivos para tratar su enfermedad?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Medicamento | Cuando lo tomaste? (estimar) | Efectivo? Si/No |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Si seleccionó alguno de los medicamentos anteriores, ¿tiene alguna reacción negativa a alguno de ellos? ¿Cuáles y cuál fue tu reacción?

|  |  |
| --- | --- |
| Medicamento | Reacción |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

# **Firmas**

Doy fe de que la información anterior es precisa a mi leal saber y entender. Autorizo ​​la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar reclamos de servicios médicos y/o para fundamentar los servicios solicitados por Ravenswood Rheumatology. Por la presente acepto la responsabilidad del pago de todos los servicios prestados por Ravenswood Rheumatology. Si algún monto adeudado por mí se entrega a un tercero para cobro o litigio, por la presente acepto pagar los honorarios de cobro, honorarios de abogados, gastos judiciales y cualquier otro gasto relevante incurrido para resolver mi saldo pendiente.

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Acepto cumplir con las políticas de Ravenswood Rheumatology. Estos están publicados en la oficina, se pueden encontrar en línea en ravenswoodmd.org y/o hay una copia disponible en la recepción previa solicitud. Entiendo que estas políticas se crean para facilitar una atención médica segura y eficaz, así como una relación terapéutica con los proveedores y el personal de la clínica. El incumplimiento de estas políticas limitará mi atención y puede resultar en mi terminación como paciente.

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Acepto recibir mensajes de texto de Ravenswood Rheumatology relacionados con confirmaciones/recordatorios de citas, actualizaciones sobre mi atención y actualizaciones sobre cambios importantes en la práctica. Estos no incluirán mensajes de marketing. Entiendo que puedo optar por no recibir estos mensajes en cualquier momento respondiendo "STOP" a los mismos, pero que al optar por no recibirlos, se evitará que se envíen futuros recordatorios de citas.

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Algunos de nuestros proveedores utilizan servicios de escribiente médico remotos o asistidos por tecnología para ayudar con el mantenimiento de registros, mientras maximizan el tiempo dedicado a escuchar a los pacientes y gestionar su atención. Estos servicios de escribiente son únicamente para el propósito de mantener registros precisos y no participan en decisiones médicas, tratamiento o diagnóstico. Toda la información registrada se gestiona de acuerdo con las pautas de HIPAA y es revisada por su proveedor para garantizar su precisión. Al firmar a continuación, usted consiente y reconoce que ha leído y entendido esta información y consiente el uso de estos servicios.

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_